



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Mundgesundheits bei Demenz

Nitschke, Ina ; Ramm, Claudia ; Schrock, Annett

Abstract: **BACKGROUND** The complexity of dental care and oral hygiene for people with dementia increases with increasing numbers of residual teeth. **AIM** This study was carried out to determine whether the offer of a telephone helpline on oral health and dementia would be utilized. **MATERIAL AND METHODS** Over a period of 1 year contacts received by a telephone helpline manned by three oral healthcare staff were collected and analyzed. **RESULTS** From 01 June 2012 to 31 May 2013 a total of 355 callers (180 healthcare staff and 175 relatives) presented and discussed 2535 problems. The average duration of a call was 21 min. Almost one quarter of the callers were looking for mobile dental care services and 14.4 % were looking for a dentist specialized in caring for patients with dementia. Oral disease, oral care and conflicts between stakeholders on aspects of oral health were discussed. Of the healthcare staff three quarters asked about training to improve the oral health of people with dementia. **CONCLUSION** The demand on the specialists of the helpline showed a substantial knowledge deficit of healthcare staff and relatives. The study confirmed a wide range of oral health issues of people with dementia. Knowledge on oral and denture hygiene and on oral disease could be introduced into primary training and continued professional education. In addition to the lack of knowledge, deficits also exist in the oral healthcare system for people with dementia. Politicians and healthcare stakeholders are encouraged to incorporate oral healthcare for people with dementia into strategies and dementia networks.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0831-6>

Other titles: Oral health in dementia : Results of a telephone helpline

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-104490>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Nitschke, Ina; Ramm, Claudia; Schrock, Annett (2015). Mundgesundheits bei Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(6):550-556.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0831-6>

Z Gerontol Geriat 2015 · 48:550–556
 DOI 10.1007/s00391-014-0831-6
 Eingegangen: 16. August 2014
 Angenommen: 30. Oktober 2014
 Online publiziert: 2. Dezember 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Ina Nitschke^{1,2} · Claudia Ramm² · Annett Schrock^{1,2}

¹ Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

² Bereich Seniorenzahnmedizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Department für Kopf- und Zahnmedizin, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

Mundgesundheit bei Demenz

Ergebnisse einer telefonischen Beratungsstelle

Mundgesundheit und Demenz müssen kein Widerspruch sein, wenn sich alle Beteiligten auf diese Herausforderung der zahnmedizinischen Versorgung einstellen. Die Versorgungsrealität zeigt heute, dass es erhebliche Defizite bei der Mundgesundheit der Menschen mit Demenz (MmD) gibt. Die Gründe sind multidisziplinär angelegt, wobei immer wieder Wissensdefizite auffallen. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, eine Beratungsstelle zum Thema Demenz und Mundgesundheit für Pflegekräfte, Kollegen, Angehörige und Betroffene anzubieten. Über die Erfahrungen aus den ersten 12 Monaten dieser telefonischen Beratungsmöglichkeit wird berichtet.

Hintergrund

Sowohl die Zahl der Menschen mit Demenz (MmD), geschätzt auf 1,4 Mio. in Deutschland [3–6, 8, 17], als auch die Zahl der eigenen Zähne [14, 16], die im Alter noch vorhanden sind, steigen. Intensive präventive Maßnahmen über die gesamte Lebensspanne haben dazu geführt, dass zunehmend auch Zähne bei MmD gepflegt werden müssen. Die Kosten für die Versorgung der MmD sind hoch [9, 10, 18]. Oft werden nach der Diagnosestellung Demenz die kontrollorientierten Besuche beim Zahnarzt vernachlässigt, sodass erst nach einigen Jahren, bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung, ein dann längerfristiges ungepflegtes und schwer erkranktes Gebiss auffällig wird [7, 15, 16, 19]. Zu diesem Zeitpunkt kann die Mundhygiene eine gro-

ße Herausforderung für das Pflegepersonal und die Angehörigen darstellen [16]. Auch haben sich bisher nur wenige Zahnärzte mit speziellen Behandlungskonzepten für MmD auseinandergesetzt, da früher diese Patienten im hohen Alter oft zahnlos waren. Da aufgrund dieser neuen Herausforderung viele Fragen rund um die Mundgesundheit vorhanden waren, wurde eine telefonische Beratungsmöglichkeit initiiert.

Ziel der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob eine Beratungsstelle, die Fragen zur Mundgesundheit bei MmD beantwortet, von der Bevölkerung angenommen wird. Es soll dabei geklärt werden, ob neben den nichtmedizinisch-pflegerisch tätigen Menschen auch Fachleute wie Pflegepersonal, Zahnärzte oder Ärzte Fragen an zahnmedizinisches Fachpersonal haben, das sich auf die zahnmedizinische Behandlung von MmD spezialisiert hat.

Material und Methoden

Das Projekt „Lächelnd durchs Leben – Mundgesundheit und Zahnhygiene für Menschen mit Demenz in Schleswig-Holstein“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e. V. (DGAZ) ist ein Projekt des Kompetenzzentrums Demenz aus Norderstedt, Schleswig-Holstein und bietet eine telefonische Beratung für Hilfesuchende zu Fragen zur Mundgesundheit von MmD an. Das Kompetenzzentrum Demenz wird gefördert durch das Ministerium für

Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein und den Spitzenverband der Pflegekassen. Träger des Projekts ist die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

Die zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle (eine zahnmedizinische Prophylaxehelferin, eine zahnmedizinische Fachangestellte, die beide zum Thema Demenz geschult waren, und eine Zahnärztin) sind in einer zahnärztlichen Praxis tätig, die viele Patienten in Senioreneinrichtungen betreut. Hierzu gehören im Alltag auch Patienten, die an Demenz erkrankt sind.

Die Telefonsprechstunde wurde in einem Flyer des Kompetenzzentrums Demenz für freitags von 10–11 Uhr angekündigt. Teilweise erfolgten auch Rückrufe durch die Mitarbeiterinnen, wenn aus Zeitmangel das Problem nicht sofort erarbeitet werden konnte.

Die Anrufer wurden zur Auswertung in 2 Gruppen aufgeteilt. Zur Gruppe der medizinisch-pflegerisch ausgebildeten Personen (AP) zählen Pflegekräfte, Zahn- und Hausärzte sowie Krankenhaus- und Hospizleitung. Nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen (NAP) sind Angehörige, Betreuer, Mitarbeiter verschiedener Institutionen wie das Deutsche Rote Kreuz, Krankenkassen, Journalisten oder Pflegeschulen.

Die Gespräche wurden von den Mitarbeiterinnen strukturiert protokolliert. Dabei wurden keine personenbezogenen Daten aufgenommen. Eine Rückverfolgung zum Anrufer ist nicht möglich. Der

Die Autoren I. Nitschke und C. Ramm teilen sich die Erstautorenschaft.

Tab. 1 Einteilung aller Anrufer nach Pflegeerfahrung

Anrufer nach Pflegeerfahrung (N = 355)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen (AP)	180	50,7
Nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen (NAP)	175	49,3
Alle Personen	355	100,0

Tab. 2 Von AP (n = 96) und NAP (n = 116) gestellte Fragen, nach unterschiedlichen Mundhygieneproblemen geschichtet

Fragen zu Mundhygieneproblemen	AP		NAP		Gesamt	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Unkooperatives Verhalten/Aggression	58	46,4	63	35,8	121	40,2
Verweigerung Mundöffnung	32	25,6	49	27,8	81	26,9
Verwendung Mundhygiene-Artikel	19	15,2	48	27,3	67	22,3
Aufbiss auf Mundhygiene-Artikel	16	12,8	16	9,1	32	10,6
Gesamt	125	100	176	100	301	100

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 3 Anzahl (n) der gestellten Fragen zur Mundhygiene der Erkrankten pro Anrufer von AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Anzahl (n) der gestellten Fragen zu Problemen mit der Mundhygiene	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
0	84	46,7	59	33,7	143	40,3
1	72	40,0	78	44,6	150	42,3
2	19	10,6	21	12,0	40	11,3
3	5	2,8	12	6,9	17	4,8
4	0	0	5	2,8	5	1,4

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 4 Von 195 Anrufern (AP, n = 84, und NAP n = 111) gestellte Fragen (n = 330) zu Problemen mit Zähnen und Zahnfleisch der Erkrankten

Fragen zu Problemen mit Zähnen und Zahnfleisch	AP		NAP		Gesamt	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Gingivitis	38	29,7	73	36,1	111	33,6
Zerstörte Zähne	28	21,9	40	19,8	68	20,6
Kariöse Läsionen	29	22,7	30	14,9	59	17,9
Gelockerte Zähne	14	10,9	26	12,9	40	12,1
Abszess	13	10,1	16	7,9	29	8,8
Plötzlich fehlende Zähne	6	4,7	17	8,4	23	7,0
Gesamt	128	100	202	100	330	100

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Anrufer wurde informiert, dass ein Kurzprotokoll zur Sicherung und zur wissenschaftlichen Auswertung der Anruferinhalte erstellt wird, das weder Name noch Telefonnummer beinhaltet. Die deskriptive Datenauswertung erfolgte für qualitati-

ve Parameter mit absoluten und relativen Häufigkeiten sowie für quantitative Häufigkeit mit Median, Minimum und Maximum. Es wurde mit der Statistik-Software Stata-SE Version 12 gearbeitet. Bei der Prüfung auf Gruppenunterschiede wurde

bei nominalen und dichotomen Variablen der χ^2 -Test, bei metrischen, nichtnormal verteilten Daten der Mann-Whitney-U-Test angewendet. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Die *p*-Werte der statistischen Tests werden ausschließlich deskriptiv interpretiert.

Ergebnisse

Aufbau der Beratungsstelle

Im Zeitraum vom 01.06.2012 bis zum 31.05.2013 wurden von den 3 Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle 355 Telefongespräche, d. h. durchschnittlich 30 Telefonate im Monat, geführt. Mit 80 % war der Anteil der Anrufer aus Schleswig-Holstein am größten (6,2 % Hamburg, 3,1 % aus Niedersachsen, 10,4 % aus 10 weiteren Bundesländern). Mit 34,2 % sind die Anrufer durch einen Flyer bzw. 25,4 % durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft auf die telefonische Beratungsmöglichkeit aufmerksam geworden. Freunde und Bekannte (17,8 %) sowie Workshops, Zeitungsartikel und Vorträge (13,0 %) haben ebenfalls auf die Beratung verwiesen.

Nutzer der Beratung

Das Alter der Hilfesuchenden betrug im Mittel 52 Jahre (Range: 32 bis 76 Jahre, Mean: 52,9 Jahre, 82,5 % weiblich). Es gaben 155 Anrufer (43,7 %) an, Pflegekräfte der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege demenziell erkrankter Personen zu sein. Ebenso suchten 143 Angehörige (40,3 %), 22 Zahnärzte/Ärzte (6,2 %) 15 Betreuer (4,3 %) und 20 Anrufer anderer Organisationen (u. a. Krankenkassen, Journalisten, Berufsschulen; **Tab. 1**) Hilfe bei der Beratungsstelle.

Gesprächsdauer

Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 21 min (Range: 10–60 min, Median: 20 min). Außerhalb der festgelegten Zeit nahmen 48,2 % der Hilfesuchenden Kontakt mit den beratenden Mitarbeitern auf. Kontakte mit NAP nahmen die Beratungsstelle signifikant länger in Anspruch (AP: Median 20 min, Range: 10–40 min, NAP: Median 20 min, Range: 10–60 min; Mann-Whitney-Test; *p* < 0,001).

Fragen zur Mundgesundheit

Mundhygieneprobleme

Es wurden 301 Probleme von mehr als der Hälfte der Anrufer ($n=212$; 59,7 %) zu Verweigerung der Mundöffnung, unkooperativem Verhalten und Aggression (z. B. schlagen, spucken), dem Aufbiss auf Mundhygieneartikel sowie zur Verwendung diverser Mundhygieneartikel erfasst. Hierbei wurde mit 121 Nennungen unkooperatives und aggressives Verhalten am häufigsten benannt (■ Tab. 2).

Die Anrufer, die ein Mundhygieneproblem hatten, stellten zwischen einer und 4 Fragen. Die NAP stellten signifikant mehr Fragen als die AP (AP: Range: 0 bis 3 Fragen; Median: eine Frage; NAP: Range: 0 bis 4 Fragen, Median: eine Frage; Mann-Whitney -Test; $p<0,01$; ■ Tab. 3).

Probleme mit Zähnen und Zahnfleisch

Es stellten 195 Anrufer (NAP = 63,4 % und AP = 46,7 %) insgesamt 330 Fragen zu Gingivitis (33,6 %), kariösen (17,9 %), zerstörten (20,6 %), gelockerten (12,1 %) oder plötzlich fehlenden Zähnen (7,0 %) und Abszessen (8,8 %; ■ Tab. 4). Dabei haben die Anrufer Antworten auf bis zu 4 Probleme zum Themengebiet gesucht. Die AP benannten mit einem Range von 0 bis 3 Problemen (Median: ein Problem) signifikant weniger Probleme als die NAP (Range: 0 bis 4 Probleme; Median: ein Problem; Mann-Whitney-Test; $p<0,001$; ■ Tab. 5).

Probleme mit dem Zahnersatz

Von den Teilnehmern stellten 135 Anrufer (38 %) 153 Fragen zum Zahnersatz. Es hatten 70,1 % der Hilfesuchenden am häufigsten Fragen zur Prothesenpassung (schlecht haftende Zahnprothesen: 40,5 %, schlecht sitzende Prothesen: 30,1 %; ■ Tab. 6). Schlecht sitzende Prothesen entstanden z. B. durch fehlende bzw. abgebrochene Verankerungselemente (z. B. Klammern) und abgebrochene Prothesenränder. Diesbezüglich hatten 118 Anrufer eine Frage, 16 Anrufer stellten 2 und einer stellte 3 Fragen (AP: Range: 0 bis 2 Fragen, Median: 0 Fragen; NAP: Range: 0 bis 3 Fragen, Median: 0 Fragen; Mann-Whitney -Test; $p>0,05$; ■ Tab. 7).

Z Gerontol Geriat 2015 · 48:550–556 DOI 10.1007/s00391-014-0831-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

I. Nitschke · C. Ramm · A. Schrock

Mundgesundheit bei Demenz.
Ergebnisse einer telefonischen Beratungsstelle

Zusammenfassung

Hintergrund. Die zahnmedizinische Versorgung und Oralhygiene bei Menschen mit Demenz (MmD) ist auch unter Berücksichtigung der zunehmenden Anzahl der erhaltenen Zähne schwierig.

Ziel der Arbeit. Es soll geklärt werden, ob das Angebot einer Beratungsstelle zum Thema Mundgesundheit und Demenz genutzt wird.

Material und Methoden. Die Beratungsstelle wurde mit 3 zahnmedizinischen Spezialisten aufgebaut, und ein Jahr lang wurden die telefonischen Anfragen gesammelt sowie ausgewertet.

Ergebnisse. Die zahnmedizinische Beratung wurde von 355 Anrufern (180 medizinisch-pflegerisch tätig; 175 Angehörige) im Zeitraum vom 01.06.2012 bis 31.05.2013 genutzt. Von den Anrufern wurden in den ca. 21 min dauernden Gesprächen 2535 Probleme angesprochen. Fast ein Viertel der Anrufer fragte nach einer mobilen Behandlung, und 14,4 % suchten einen Zahnarzt, der auf die Behandlung der MmD spezialisiert ist. Orale Erkrankungen, die Mundhygiene und die interpersonellen Schwierigkeiten, die zwischen al-

len Beteiligten zur oralen Situation auftraten, wurden thematisiert. Drei Viertel des medizinisch-pflegerischen Personals fragten nach Schulungen, um die Mundgesundheit und Oralhygiene bei MmD zu verbessern.

Schlussfolgerung. Die Nachfrage bei den Spezialisten zeigte, dass es großen Wissensbedarf sowohl beim Fachpersonal als auch bei den Angehörigen gibt. Die Studie belegt, dass die Probleme in der Mundhöhle von MmD breit gefächert sind. Wissen zu Mund- und Prothesenhygiene sowie den Krankheitsbildern der Mundhöhle könnte strukturiert in die Aus- und Fortbildung eingebracht werden. Neben dem Wissensdefizit wird auch deutlich, dass die zahnmedizinische Versorgungsstruktur nicht für die MmD gesichert ist. Hier sind die Politiker und die Akteure im Gesundheitswesen aufgefordert, die zahnmedizinische Versorgung in den Demenzznetzwerken und -strategien zu verankern.

Schlüsselwörter

Zähne · Zahnfleisch · Mundhygiene · Versorgungsstruktur · Pflegepersonal

Oral health in dementia. Results of a telephone helpline

Abstract

Background. The complexity of dental care and oral hygiene for people with dementia increases with increasing numbers of residual teeth.

Aim. This study was carried out to determine whether the offer of a telephone helpline on oral health and dementia would be utilized.

Material and methods. Over a period of 1 year contacts received by a telephone helpline manned by three oral healthcare staff were collected and analyzed.

Results. From 01 June 2012 to 31 May 2013 a total of 355 callers (180 healthcare staff and 175 relatives) presented and discussed 2535 problems. The average duration of a call was 21 min. Almost one quarter of the callers were looking for mobile dental care services and 14.4 % were looking for a dentist specialized in caring for patients with dementia. Oral disease, oral care and conflicts between stakeholders on aspects of oral health were discussed. Of the healthcare staff three quar-

ters asked about training to improve the oral health of people with dementia.

Conclusion. The demand on the specialists of the helpline showed a substantial knowledge deficit of healthcare staff and relatives. The study confirmed a wide range of oral health issues of people with dementia. Knowledge on oral and denture hygiene and on oral disease could be introduced into primary training and continued professional education. In addition to the lack of knowledge, deficits also exist in the oral healthcare system for people with dementia. Politicians and healthcare stakeholders are encouraged to incorporate oral healthcare for people with dementia into strategies and dementia networks.

Keywords

Teeth · Gingiva · Oral hygiene · Healthcare system · Caregivers

Tab. 5 Anzahl (n) der gestellten Fragen zu Zähnen und Zahnfleisch der Erkrankten pro Anrufer von AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Anzahl (n) der gestellten Fragen zu Problemen mit den Zähnen und Zahnfleisch	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
0	96	53,3	64	36,6	160	45,1
1	45	25,0	45	25,7	90	25,4
2	34	18,9	46	26,3	80	22,5
3	5	2,8	15	8,6	20	5,6
4	0	0	5	2,9	5	1,4

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 6 Fragen (n = 153) zum Zahnersatz von 135 Anrufern (72 AP und 63 NAP)

Fragen (n) zu Problemen mit dem Zahnersatz der Erkrankten	AP		NAP		Gesamt	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Schlecht haftend	33	44,0	29	37,2	62	40,5
Schlecht sitzend	19	25,3	27	34,6	46	30,1
Zerbrochene Prothese	10	13,3	15	19,2	25	16,3
Verschwundene Prothese	13	17,3	7	9,0	20	13,1
Gesamt	75	100	78	100	153	100

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 7 Anzahl (n) der gestellten Fragen zu Problemen mit dem Zahnersatz pro Anrufer von AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Anzahl (n) der gestellten Fragen zu Problemen mit Zahnersatz	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
0	108	60,0	112	64,0	220	62,0
1	69	38,3	49	28,0	118	33,2
2	3	1,7	13	7,4	16	4,5
3	0	0	1	0,6	1	0,3

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 8 Fragen (n = 224) zu intraoralen Problemen von 163 Anrufern (AP, n = 72, und NAP, n = 91)

Fragen zu intraoralen Problemen	AP		NAP		Gesamt	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Speichelproduktion	27	29,7	46	34,6	73	32,6
Halitosis	28	30,8	41	30,8	69	30,8
Schluckvorgang	10	11,0	24	18,1	34	15,2
Nahrungsverweigerung	11	12,1	18	13,5	29	12,9
PEG (Magensonde)	15	16,5	4	3,0	19	8,5
Gesamt	91	100	133	100	224	100

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, PEG perkutane endoskopische Gastrostomie.

Beratung zu intraoralen Problemen

Es wurden 224 Fragen zu intraoralen Problemen, hauptsächlich zu Speichelbildung (Hyper-/Hyposalivation, Xerost-

omie; 32,6 %) und Halitosis (30,8 %), aber auch zum Schluckvorgang (15,2 %), Nahrungsverweigerung (12,9 %) und zur Ma-

gensonde [perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) 8,5; ■ Tab. 8] gestellt.

Von den Anrufern hatten 163 (63,9 %) zwischen einer und 4 Fragen zu diesem Themenbereich. Die NAP stellten mit 0 bis 4 Fragen (Median: eine Frage) mehr Fragen zu intraoralen Problemen als die AP (Median: 0 Fragen; Range: 0 bis 3 Frage; Mann-Whitney-Test, $p < 0,01$; ■ Tab. 9).

Fragen zur mobilen Behandlung

Häufig wurde die Frage gestellt, ob ein Besuch von Zahnärzten, die mobil behandeln, direkt zu Hause oder stationär möglich sei. Für einen häuslichen Besuch interessierten sich 26 % der Anrufer und 62 % für einen stationären Besuch. Bei beiden Anfragen zur mobilen Behandlung unterschieden sich die Gruppen signifikant (χ^2 , p jeweils $< 0,001$; ■ Tab. 10).

Differenzen bei der Grundpflege der Mundhygiene

Die Durchführung der Mundhygiene bei MmD stellt das Pflegepersonal und die Angehörigen immer wieder vor große Probleme. Da die tägliche Bemühung, den Mund sauber zu halten, nicht immer erfolgreich ist, kann es zu Differenzen und Missstimmungen zwischen den Beteiligten kommen. Bei 200 der 355 Anrufer (56,3 %) traten Differenzen zwischen Erkrankten und Pflegekräften auf. Über Differenzen zwischen Angehörigen und Pflegekräften berichteten 20 % der Hilfesuchenden, und 9,3 % bemerkten Differenzen zwischen Erkrankten und Angehörigen (■ Tab. 11).

Anfragen der Anrufer bezüglich Schulungen/Workshops

Fast drei Viertel der AP interessierten sich für Schulungsmöglichkeiten für das Pflegepersonal (73,9%; ■ Tab. 12).

Die Mitarbeiter haben den Anrufern 125-mal (35,2 %) die Fortbildungen der DGAZ mit der Akademie der Praxis und Wissenschaft (APW) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten empfohlen (AP: 43,3 %; NAP: 26,8 %, χ^2 , $p < 0,01$). Des Weiteren wurden 77 Anrufer (21,7 %) an die DGAZ-Home-

Tab. 9 Anzahl (n) der gestellten Fragen zu intraoralen Problemen pro Anrufer von AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Anzahl (n) der gestellten Fragen zu intraoralen Problemen	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
0	108	60,0	84	48,0	192	54,1
1	57	31,7	59	33,7	116	32,7
2	11	6,1	24	13,7	35	9,9
3	4	2,2	6	3,4	10	2,8
4	0	0	2	1,1	2	0,5

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 10 Wunsch der mobilen Behandlung von ausgebildeten AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Wunsch der mobilen Behandlung	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Zu Hause						
Nicht vorhanden	169	93,9	93	53,1	262	73,8
Vorhanden	11	6,1	82	46,9	93	26,2
Pflegeeinrichtung						
Nicht vorhanden	42	23,3	92	52,6	134	37,8
Vorhanden	138	76,7	83	47,4	221	62,2

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 11 Anzahl (n) der Anrufer mit Fragen zum Auftreten von Differenzen bei der Durchführung der Grundpflege Waschen in Bezug auf die Mundpflege, geschichtet nach AP (n = 180) und NAP (n = 175)

Differenzen bei der Grundpflege Waschen in Bezug auf den Bereich der Mundhygiene	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Erkrankter vs. Pflege*						
Nicht vorhanden	69	38,3	86	49,1	155	43,7
Vorhanden	111	61,7	89	50,9	200	56,3
Erkrankter vs. Angehöriger**						
Nicht vorhanden	177	98,3	145	82,9	322	90,7
Vorhanden	3	1,7	30	17,1	33	9,3
Angehöriger vs. Pflege**						
Nicht vorhanden	168	93,3	116	66,3	284	80,0
Vorhanden	12	6,7	59	33,7	71	20,0

Gruppenunterschied zwischen AP- NAP: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

page weitergeleitet (<http://www.dgaz.org>; AP: 23,3 %; NAP: 20,0 %, χ^2 , $p > 0,05$).

Gesamtüberblick über die beratenden Probleme

Insgesamt wurden von den Mitarbeitern der Beratungsstelle 2535 Fragen am Telefon entgegengenommen; hierbei

hatten die NAP 1340 Fragen und die AP 1195 Fragen zu den verschiedenen Themengebieten. Im Durchschnitt haben die AP 6,69 Fragen und die NAP 7,70 Fragen gestellt (AP: Range: 1 bis 13 Fragen, Median: 7,5 Fragen; NAP: Range: 0 bis 19 Fragen, Median: 8 Fragen; Mann-Whitney-Test; $p < 0,01$). Mit 618 Fragen (24,4 %) interessierten sich die Anru-

fer am häufigsten für das Themengebiet der mobilen Behandlung. Dies beinhaltet Fragen zum Strukturaufbau einer mobilen Praxis, zum Vorgehen bei der Vorbereitung einer mobilen Behandlung bis hin zur Anfrage der Möglichkeit eines mobilen Besuchs durch die Mitarbeiter der Beratungsstelle (AP: 26,7 %, NAP: 22,3 %). Es bezogen sich 364 Fragen (14,4 %) auf die Empfehlung bzw. Adressnennungen von Zahnärzten, die mobil behandeln, sowohl in Schleswig-Holstein als auch in anderen Bundesländern. Es folgten Fragen zu Zähnen und zu Entzündungen im Mund (Gingivitis, Parodontitis; 13,0 %; **Tab. 13**).

Diskussion

In der vorliegenden Studie konnte klar differenziert werden, dass die NAP (z. B. Angehörige) mehr Fragen hatten und die Gespräche mit ihnen länger dauerten als mit den AP. Wenn demenzorientierte Schulungen, sowohl bei den Ärzten als auch bei den Angehörigen und Betroffenen, um den Aspekt der Mundgesundheit erweitert würden, könnten die jahrelang vernachlässigten Gebissituationen rechtzeitig verhindert werden, weil sich außerhalb der Zahnmedizin ein zahnmedizinisches Problembewusstsein entwickeln könnte. In einer Studie [11] wurden 34 Hausärzte spezifisch zur „Behandlungskompetenz Demenz“ geschult. Diagnostik und Therapie wurden dann von ihnen bei Patienten aus ihren Praxen durchgeführt (Vergleichsgruppe: 66 andere Hausärzten überwiesen zur Diagnostik an ein Facharztzentrum). Es gaben 83 % der Geschulten an, dass sich durch die Schulung ihre Vorgehensweise bei Patienten mit Demenzverdacht geändert hat. Neben Diagnostik und Therapie fand auch eine Beratung statt. Die durchgeführte Beratung wurde von 82 % der Angehörigen und der Patienten als hilfreich bewertet. Diese Beratung könnte ebenfalls zahnmedizinische Aspekte aufweisen. Dass auch ein Bedarf an Schulungen besteht, konnte, wie auch in anderen Studien gezeigt [13, 15, 16], durch die Anfragen bezüglich der Aus-, Fort- und Weiterbildung durch verschiedene medizinische Berufe in der vorliegenden Studie dargestellt werden. Nach Schulungen

Tab. 12 Anzahl (n) der Anrufer mit Wunsch zur Durchführung von Schulungen und Workshops

Wunsch nach Schulungen/Workshops	AP (n = 180)		NAP (n = 175)		Gesamt (n = 355)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
a) Schulungen von Pflegepersonal	133	73,9	34	19,4	167	47,0
b) Schulungen von Angehörigen/ Ehrenamtlichen	4	2,2	37	21,1	41	11,6
c) Vortrag durch Mitarbeiter der Beratungsstelle	3	1,7	5	2,8	8	4,4

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

Tab. 13 Anzahl (n) aller erfassten Probleme und Fragen, die von AP (n = 180) und NAP (n = 175) zu verschiedenen Problembereichen in Bezug auf Mundgesundheit und Demenz genannt wurden

Alle genannten Probleme/gestellten Fragen	AP		NAP		Gesamt	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Mobile Behandlung	319	26,7	299	22,3	618	24,4
Zahnarztsuche	183	15,3	181	13,5	364	14,4
Zähne/Gingivitis	128	10,7	202	15,1	330	13,0
Differenzen	126	10,5	178	13,3	304	12,0
Mundhygiene	125	10,5	176	13,1	301	11,9
Intraorale Probleme	97	8,1	148	11,0	245	9,7
Schulung	142	11,9	78	5,8	220	8,7
Gesamt	1195	100	1340	100	2535	100

AP medizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen, NAP nichtmedizinisch-pflegerisch ausgebildete Personen.

auf diesem Gebiet fragten 73 % der medizinisch-pflegerisch ausgebildeten Anrufer. Im Bereich der Schulung wären sicherlich auch die von 65,2 % der Anrufer benannten Differenzen zwischen den verschiedenen Beteiligten (Patient, Angehöriger und Pflegekraft) anzugehen. Es ist davon auszugehen, dass Schulungen zum Thema Demenz und Mundgesundheit, Wissen sowie praktische Tipps vermitteln könnten, die die geschilderten Differenzen der Beteiligten (MmD, Pflege, Angehörige) zur Mundgesundheit verringern würden und der Qualität der Mundgesundheit förderlich wären. In einem Telefonat sind die Möglichkeiten sehr eingeschränkt, mundhygienische Empfehlungen auszusprechen, da der Mitarbeiter der Beratungsstelle weder das Stadium der Demenz noch die Mundsituation konkret vor Augen hat. Individualisierte Oralhygieneanweisungen sind am Telefon kaum möglich. Das Ziel sollte sein, die Adhärenz und Selbstwirksamkeit der Anrufer zu stärken, eine Mundhygienefachkraft für den Patienten zu fin-

den und deren Wissen sowie deren praktisches Können mehrmals jährlich für den Patienten zu nutzen.

Eine Aus- und Fortbildung zum Umgang mit MmD darf aber auch nicht vor den Zahnärzten haltmachen. In Deutschland bilden nur wenige Universitäten fakultativ in der Seniorenzahnmedizin aus [12]. Die deutsche Approbationsordnung von 1955 [1] beinhaltet keine Verpflichtung, das Fach zu lehren, im Gegensatz zur Ausbildung der Zahnmediziner in der Schweiz. Abgesehen von einer gerostomatologischen Grundausbildung sind von den Spezialisten für Seniorenzahnmedizin, die die DGAZ fortbildet und zertifiziert, in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen Strategien, z. B. der Einbezug des Marte-Meo-Konzepts in die Gerostomatologie, zur besseren Annäherung an den Erkrankten unter dem zahnmedizinischen Blickwinkel zu entwickeln und zu evaluieren [2]. Aufgrund der heutigen deutschen Lehrsituation in der Zahnmedizin ist es für die Mitarbeiter der Beratungsstelle schwie-

rig, bundesweit den Anrufern Zahnärzte zu benennen, die sich auf die Behandlung von MmD spezialisiert haben. Neben den Spezialisten für Seniorenzahnmedizin der DGAZ kann jedoch auch auf die Landesbeauftragten der DGAZ zurückgegriffen werden, die dann vor Ort im entsprechenden Bundesland oft eine Lösung für die suchenden Angehörigen ausfindig machen können. Abschließend ist festzuhalten, dass sich zukünftig die Verantwortlichen der Beratungsstelle noch intensiver um die Ergebnisqualität der Anrufe, z. B. mit einer Nachfrage beim Anrufer nach 3 Monaten, einsetzen und dass das Projekt eine externe Evaluierung anstreben sollte. Weiterhin ist es notwendig, diese telefonische Beratung aus dem Alltag einer zahnärztlichen Praxis zu holen, da dieser zunehmend mit dem Projekt überlastet ist. Die Patienten der Praxis müssen durch länger dauernde Telefonate, die außerhalb der Beratungssprechzeiten anfallen, zusätzliche Wartezeiten in Kauf nehmen. Es ist auch notwendig, eine Supervision für die Mitarbeitenden anzubieten, da die berichteten Schicksale nicht in den Alltag von zahnmedizinischen Mitarbeitern fallen. Die Telefonate haben die Vielschichtigkeit innerhalb der zahnmedizinischen Versorgung gezeigt. Nicht nur das Pflegepersonal und die Ärzte sind hier eine beeinflussende Gruppe, sondern auch die Vertreter der Makro- und Mesoebene der Gesundheitsversorgung (z. B. Politiker, Gesetzgeber, Krankenkassenverbände) sind aufgefordert, die zahnmedizinische Versorgung in den Demenznetzwerken und -strategien zu stärken und zu verankern.

Fazit für die Praxis

Aus den beratenden Gesprächen zu Mundgesundheit und Demenz ergibt sich, dass:

- die Möglichkeit der telefonischen Information sowohl von Laien als auch vom medizinisch-pflegerischen Fachpersonal angenommen wurde;
- für MmD die zahnmedizinische Versorgung nachhaltig in den Netzwerken eingebunden werden sollte (Informationen der Beteiligten im Versorgungssystem, strukturierte und spezialisierte Versorgung, wobei die

Mundhöhle nicht ausgeschlossen werden sollte);

- die Förderung und Forderung der Spezialisierung von Zahnärzten und deren Teams im Bereich der Seniorenzahnmedizin (Beratungsstelle wurde auch vom Zahnmediziner als Informationsquelle genutzt) notwendig ist;
- eine aufwandsentsprechende Honorierung der Gerostomatologen sicherzustellen ist;
- intensive Schulungen mit Bereitstellung von schriftlichem Schulungsmaterial von Pflegepersonal, Ärzten und Angehörigen notwendig sind;
- Ärzte mit der Ausrichtung Geriatrie Kenntnisse zu den oralen Erkrankungen haben sollten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. dent. habil. I. Nitschke MPH

Bereich Seniorenzahnmedizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Department für Kopf- und Zahnmedizin
Universität Leipzig, Liebigstr. 10–14
04103 Leipzig
ina.nitschke@medizin.uni-leipzig.de; ina.nitschke@zzm.uzh.ch

Danksagung. Die Autoren danken Frau Kropf-Nimtz für ihre Unterstützung beim Aufbau der Beratungsstelle. Ihr und Frau Hass wird für ihre Mitwirkung bei den Beratungen gedankt. Den Praxismitarbeiterinnen für die Unterstützung, Geduld und Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes während der Telefonate ist Dank auszusprechen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. I. Nitschke, C. Ramm und A. Schrock geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Approbationsordnung für Zahnärzte (ZÄPrO) Fassung vom 26. Januar 1955, gültig ab 1. Januar 1964; Zitierdatum 26. Januar 1955 BGBl I 1955, 37
2. Becker U (2013) Marte Meo – Kooperation ermöglichen. Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin 1:181–185
3. Bickel H (1999) Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Springer, Berlin, S 9–32
4. Bickel H (2000) Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 62:211–218
5. Bickel H (2010) Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg) Berlin. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_10.pdf. Zugriffen: 10. Aug. 2014
6. Bickel H (2012) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch C-W, Förstl H (Hrsg) Demenzen, 2. Aufl. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S 18–35
7. Eshkoor SA, Hamid TA, Nudin SS, Mun CY (2014) Association between dentures and the rate of falls in dementia. Med Devices 20:225–230
8. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Scatzfka M (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 366:2112–2117
9. Kirchen-Peters S, Hielscher V (2012) Expertise „Nationale Demenzstrategien“. Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland. Saarbrücken, iso-institut. www.iso-institut.de. Zugriffen: 10. Aug. 2014
10. Kirchen-Peters S, Hielscher V (2013) Nationale Demenzstrategien – Vorbilder für Deutschland? Informationsdienst Altersfragen Nr. 2/2013:18–24
11. Laux N, Melchinger H, Scheurich A, Schermuly I, Germann I, Hilgert S, Lieb K, Fellgiebel A (2010) Verbesserte ambulante Demenzversorgung – das hausarztbasierte rheinland-pfälzische Leuchtturmprojekt start-modern. Deutsche Medizinische Wochenschrift 135:2175–2180
12. Nitschke I (2006) Zur Mundgesundheit von Senioren – ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung, Habilitationsschrift, Universität Leipzig, 2005. Habilitationsschriften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Quintessenz-Verlag, Berlin
13. Nitschke I, Majdani M, Sobotta BA, Reiber T, Hopfenmüller W (2010) Dental care of frail older people and those caring for them. J Clin Nurs 19:13–14
14. Nitschke I, Hopfenmüller J, Hopfenmüller W (2012) Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland in der IDZ-Schriftenreihe Information 3/2012 (Hrsg) Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012)
15. Nitschke I, Kunze J, Reiber T, Sobotta BA (2013) Development of undergraduate gerodontology courses in Austria, Switzerland, and Germany from 2004 to 2009. J Dent Educ 77:630–639
16. Schumann I, Sobotta B, Reiber T, Nitschke I (2011) Oral health services in long-term care facilities between 1989 and 2003 – has Germany seen any progress? Inter J Gerontol 5:98–102
17. Statistisches Bundesamt (2014) Bevölkerung nach Alter in Jahren und Geschlecht für Gemeinden. Ergebnisse des Zugriffen: 9. Mai. 2011. Wiesbaden
18. Wimo A, Jönsson L, Gustavsson A (2009) Cost of illness and burden of dementia in Europe – Prognosis to 2030. Alzheimer Europe (2009) (Hrsg). <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Cost-of-dementia/Prognosis-to-2030>. Zugriffen: 30. Mai. 2014

19. Zenthöfer A, Schröder J, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ (2014) Comparison of oral health among older people with and without dementia. Community Dent Health 3:27–31



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.